Приложение № 4

к Административному регламенту оказания муниципальной услуги по предоставлению информации, приему документов органами опеки и попечительства от лиц, желающих установить опеку (попечительство) или патронаж над гражданами, признанных в установленном порядке недееспособными вследствие психического расстройства или ограниченными в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами, а также совершеннолетними дееспособными лицами, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности

 Главе Большеулуйского района

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить меня опекуном (попечителем) над \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства, ФИО, дата рождения)

Признанным (ой) решением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование суда)

 от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. недееспособным (ой),

 (дата вынесения решения)

проживающим (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, так как он (она) нуждается в постоянном постороннем уходе и надзоре.

С правами и обязанностями опекуна ознакомлен(а). Предупрежден(а) об ответственности за расходование средств подопечного, обязанности обеспечит своего подопечного(ую) постоянным уходом и надзором, своевременной медицинской помощью, сообщать обо всех изменениях представленных мною сведений, а именно: перемене места жительства и места работы, смене номеров домашнего и рабочего телефонов, смерти подопечного(ой).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 рег.номер заявления

|  |
| --- |
| Принял документы |
| Дата | Подпись специалиста |
|  |  |

Расписка уведомление

Заявление и документы гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы принял:

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае изменения моего места жительства (места пребывания), места жительства (места пребывания) членов семьи, изменения состава семьи обязуюсь в течение одного месяца представить в орган социальной защиты населения сведения об указанных событиях. При закрытии лицевого счета обязуюсь сообщить об этом в орган социальной защиты населения в пятидневный срок.